

Einverständniserklärung für apothekenpflichtige Medikamente

Hiermit bestätige/n wir/ich, dass das/die folgende/n Medikament/e meinem Kind auf meine eigene Verantwortung gegeben werden soll/en.

Name des Kindes:

Zeitraum:

Krankheit:

Name des/der Medikamente/s:

Dosierung:

Verfallsdatum des/der Medikamente/s:

(Sollte das Verfallsdatum abgelaufen sein, werden wir das/die Medikamente nicht geben!)

Hamburg, den

.....
Unterschrift